UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 84

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 11 janvier 1937

PAR

Louis-Joseph-Paul GOURDON

Né à MEZOS (Landes), le 16 mars 1906

Examinateurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur ..... *Président.*

LEURET, professeur ..... *Juges.*

PAPIN, professeur ..... *Juges.*

PIÉCHAUD, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 84

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 11 janvier 1937

PAR

Louis-Joseph-Paul GOURDON

Né à MEZOS (Landes), le 16 mars 1906

Examinateurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur..... *Président.*
LEURET, professeur ..... } *Juges.*
PAPIN, professeur ..... }
PIÉCHAUD, agrégé..... }

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. cotoniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique odonto-stomatolo ique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE.
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

Faible témoignage de ma très grande affection.

A MA FEMME

A MON PERE ET A MA MERE

Témoignage de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

A MES GRAND-MERES

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur F. PAPIN

Chargé du cours de Médecine opératoire,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Membre de la Société internationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Témoignage de gratitude pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués et la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Je le remercie du grand honneur qu'il m'a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse et le prie de trouver ici mon témoignage de reconnaissance et de profond respect.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

INTRODUCTION

Nous ne pouvions espérer, en faisant le travail que nous présentons, apporter sur un sujet bien connu des idées nouvelles. Nous avons, en effet, trouvé et parcouru, au milieu d'une littérature abondante, les remarquables travaux faits par Devé sur les kystes hydatiques pulmonaires.

Leur lecture nous a permis d'acquérir des notions précises. Nous avons pensé qu'elles pourraient nous être d'un précieux secours pour atteindre le but que nous poursuivons. Cette mise au point définitive, faite par un maître tel que Devé, portant aussi bien sur les chapitres pathogénie, anatomie pathologique, clinique, que sur le diagnostic et le traitement, a facilité grandement notre tâche.

Nous nous sommes basé, en effet, sur une documentation aussi remarquable pour mettre en valeur les observations originales que nous rapportons.

Essayer de tirer des particularités que contiennent ces observations les déductions qui s'imposent et mettre en parallèle ces déductions avec celles tirées de travaux récents

d'auteurs qualifiés, tel a été notre but; à cela seulement s'est bornée notre ambition.

Nous profiterons de l'occasion qui nous est offerte pour remercier de leur amabilité les Médecins des villages landais et quelques-uns de nos Maîtres bordelais, qui ont bien voulu nous fournir ces observations. C'est grâce à eux que nous avons pu mener à bien cette tâche. Avant d'aborder le sujet qui nous intéresse, nous avons voulu leur dire ici toute notre gratitude.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

D'après les statistiques relevées dans les travaux de Tuffier, Souligoux, Devé, et les articles récents écrits par Constantini et Curtillet, les kystes hydatiques du poumon sont les plus fréquents, après ceux du foie. A eux seuls, ils représentent 8 à 10 p. 100 de l'ensemble des kystes hydatiques (clinique de Trousseau, 1862). Mais, même dans le poumon, leur répartition est des plus inégales. Les statistiques habituelles donnent une plus grande fréquence chez l'homme du côté droit. Douglas Fairley, sur 33 cas de kystes hydatiques du poumon, en trouve 29 du droit, dont 27 à la base, et 4 du gauche. Par contre, Abadie, dans une communication faite le 28 janvier 1931, trouve, sur 10 cas de kyste hydatique du poumon :

1° une égalité entre les sexes;
2° un plus grand nombre chez les sujets jeunes (5 cas avant 20 ans);
3° égalité entre le poumon droit et le poumon gauche.

D'après nos observations, sur les 12 cas que nous rapportons, nous trouvons :

1° une inégalité marquée entre les sexes (8 hommes pour 5 femmes);
2° 3 enfants au-dessous de 20 ans;
3° une grande majorité de kystes du poumon droit (8 sur 12).

Les kystes doubles sont déjà considérés comme une rareté. Nous en citons un cas dans notre observation II. Mais il semble bien que les kystes doubles unilatéraux soient beaucoup plus rares encore. Abadie, dans les recherches bibliographiques qu'il a faites, n'en trouve qu'une relation, mais Devé et Moggi en font mention. Nous pouvons en présenter un cas, que notre observation X relate : il s'agit de deux kystes doubles unilatéraux du poumon droit chez un enfant chétif et amaigri, âgé de 11 ans. Le kyste supérieur s'est évacué spontanément dans la poche inférieure : celle-ci a été découverte à l'intervention seulement.

Quant à la fréquence de l'échinococcose, elle a été bien étudiée par Moggi, Sénevet et Witas d'une part, Devé et Constantini de l'autre. L'Islande, l'Argentine, l'Australie, l'Algérie, sont les pays les plus atteints. L'élevage du mouton, la promiscuité dans laquelle vivent les hommes et les chiens gardiens de ces moutons en sont la cause. En Algérie, nous dit Constantini, c'est une maladie des hauts plateaux, pays de pâturages et de moutons.

Il est de toute évidence que la fréquence de l'échinococcose est moins grande en France; nous en trouvons des traces en Normandie et dans les Landes, mais seulement dans ce qu'on appelle la grand'lande. Il nous a paru intéressant d'en rechercher la cause.

A l'est de ce département, dans des régions où se situent des villages appelés : Sore, Luxey, Labrit, Mano, etc., il est encore de tradition de voir les troupeaux de moutons, les bergers et les chiens gardiens de ces troupeaux quitter la métairie pour pacager dans les landes et s'abriter la nuit dans les parcs.

Le contact est constant et étroit entre l'homme et les bêtes pendant les quinze ou vingt jours que dure cet exil. Peut-être trouvons-nous dans ce fait l'explication de cette persistance anormale d'une affection ancienne dans une région bien délimitée. En effet, les Médecins de ces villages paraissent tout à fait familiarisés avec le kyste hydatique.

Le Docteur C..., de Luxey, en sept années de pratique médicale, a relevé 12 cas d'échinococcose. Le Docteur C..., de Sore, nous en a rappelé 4 cas.

Par contre, la zone maritime, celle qui longe le golfe de Gascogne, sur une longueur de 40 kilomètres, autrefois infectée, ne connaît plus ce parasite. Le Docteur L..., de Saint-Julien-en-Born, est un des rares à avoir rencontré, en 1914, un cas de kyste hydatique pulmonaire. Les conditions de vie des troupeaux ne sont plus les mêmes : le mouton n'y fait pas, comme dans la grand'lande, de longues randonnées. Moutons, chiens et bergers n'y vivent plus de la même façon.

Schéma des Landes.

Après avoir mentionné ces faits et tracé ce schéma qui, nous l'espérons, fixera l'idée mieux qu'une lecture, il nous paraît nécessaire d'étudier par quel mécanisme l'homme a pu être ainsi parasité au contact constant du chien et du mouton.

CHAPITRE II

PATHOGENIE

Il n'est pas dans nos intentions d'insister sur le cycle que parcourt le ténia avant de parasiter l'homme : nous savons, en effet, qu'il vit à l'état adulte dans l'intestin du chien ou dans celui du mouton, qu'il s'y développe et s'y multiplie, que les œufs sont rejetés avec les matières, et qu'un hasard facile à provoquer porte ces œufs à la bouche de l'homme. Ce qui nous intéresse, c'est de savoir comment l'embryon hexacanthe arrive au poumon et quelles sont les voies d'apport.

Il est classique d'envisager, d'une part le kyste primitif, d'autre part le kyste secondaire.

Dans le premier cas, l'apport de l'embryon au niveau du parenchyme pulmonaire peut se faire par l'intermédiaire de la voie digestive : c'est la voie classiquement admise. Nous aurons dit l'essentiel quand nous aurons décrit la voie que parcourt l'embryon mis en liberté par le suc gastrique pour aboutir au poumon. Sans s'arrêter au foie, où il se fixe habituellement, l'embryon atteint, par les veines sus-hépatiques et la veine cave, le cœur droit, qui le lance dans la circulation pulmonaire. Il se fixe, grâce à ses crochets, en plein tissu parenchymateux.

On sait aussi que l'échinocoque passe dans le poumon par la voie lymphatique, en empruntant les fentes du diaphragme.

Mais ce qui jusqu'à présent avait été discuté, et qui, aujourd'hui, semble admis, c'est la voie aérienne considérée

comme voie d'apport de l'échinocoque. Certains auteurs australiens, Bird en particulier, ont fait sur ce sujet des études intéressantes : ils ont cru pouvoir affirmer que le parasite peut non seulement arriver directement au poumon avec l'air inhalé, mais encore s'y développer et, tout comme l'embryon hexacanthe de la voie digestive, se fixer en tissu parenchymateux.

Devé, dès 1904, avait démontré par des injections intratrachéales de sable hydatique faites chez le lapin la possibilité de ces échinococcoses secondaires, qui ont été mises en doute par Dew. Les résultats, publiés en 1907 à la Société de biologie, sont incontestables. L'inondation bronchique par un liquide contenant du sable hydatique fertile peut être suivie de greffe échinococcique dans l'arbre bronchique. Nous résumons en quelques mots l'expérience à laquelle s'est livré Devé : Aussitôt après l'inoculation intratrachéale, chez un lapin, de sable échinococcique, entraîné par 1 cm³ 5 de liquide hydatique, Devé a incliné l'animal sur le côté gauche et l'a maintenu dix minutes dans cette position. A l'autopsie, faite huit mois et demi après, il a trouvé des kystes hydatiques multiples dans le lobe inférieur du poumon gauche, à l'exclusion de tout kyste dans le poumon droit. Botreau-Roussel, dans une communication faite à la Société de chirurgie de Paris, a cru pouvoir dire : « Devé a, en quelque sorte, réalisé expérimentalement ce qui s'était passé chez mon malade. » (Obs. IX : kystes hydatiques du poumon.)

Deux faits, dit-il, plaident en faveur de cette pathogénie :

1° l'absence dans les antécédents de toute autre localisation;

2° le développement simultané de ces kystes, de volume sensiblement égal.

Mais un fait reste troublant : c'est la grande rareté d'échinococcoses secondaires bronchogènes dans la littérature médicale. Botreau-Roussel n'en présente que 1 cas; Devé, 3 cas seulement.

Il ne faut pas confondre cette voie avec celle communément appelée l'échinococcose métastatique du poumon, et dans laquelle le cœur droit, et non le foie, est le plus souvent à l'origine. Cette localisation, à l'encontre de la voie aérienne envisagée, donne lieu à des statistiques nombreuses. Devé, qui l'a bien étudiée, présente 22 cas, dont 2 ont eu comme siège originel l'os iliaque, 3 le foie, 17 le cœur droit.

D'ailleurs, il est à remarquer que, cliniquement et radiologiquement, la forme embolique se distingue fort peu de la forme bronchogénétique; seule, l'anamnèse peut nous guider au point de vue pathogénique.

Nous ne dirons qu'un mot de la voie transdiaphragmatique : c'est une rareté. P. Delluc, dans sa thèse, l'étudie particulièrement, et, à l'appui de ses dires, apporte plusieurs observations, dans lesquelles il existe une association kyste hépatique et kyste de la base du poumon droit.

Dans les 12 observations originales que nous publions, nous trouvons :

1° 3 fois un kyste du foie associé à un kyste hépatique (obs. I, II et IV);
2° 2 fois deux kystes du poumon (obs. II et X).

Que faut-il en conclure ?

Faut-il suivre Botreau-Roussel dans ses conclusions et dire que dans 75 p. 100 des cas l'origine de l'échinococcose métastatique du poumon doit être recherchée dans la rupture d'un kyste au cœur soit dans les cavités droites, soit, très exceptionnellement, dans le tronc de l'artère pulmonaire ?

Nous pensons plutôt que, de toutes les voies d'apport, il en est une qui prédomine par sa fréquence : c'est la voie embolique, celle qui crée de nombreuses métastases, et sur laquelle il a été fait bien des travaux (Dorn et Lemaire, en 1904).

La voie aérienne semble restée dans le domaine expérimental.

La voie digestive, la seule envisagée autrefois, reste aujour-

d'hui encore la voie d'apport classique, mais son importance a diminué. Ce n'est pas, en effet, une voie qui métastasie; d'autre part, 3 fois sur 4, l'embryon, qui doit traverser le foie avant de pénétrer dans le tissu pulmonaire, s'y accroche et s'y développe, créant ainsi un kyste hépatique.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'embryon, qu'il soit primitif ou secondaire, charrié ou non par les trois voies déjà envisagées, s'est accroché en plein tissu parenchymateux.

Comment va-t-il évoluer ?

Il perd ses crochets, s'enkyste et se transforme peu à peu en hydatide. Il présente alors deux couches : la couche interne ou proligère, qui est le siège de développement de vésicules filles; la couche externe ou cuticule, autour de laquelle se forme une membrane adventice, qui n'est d'ailleurs que la réaction de l'organe infecté. La vésicule renferme un liquide clair, eau de roche.

Le siège du kyste ainsi formé est inconstant, mais les auteurs, dans leurs observations, rapportent que la vésicule hydatique se fixe le plus souvent à la base du poumon droit.

En effet, en faisant le décompte des observations que nous rapportons, nous trouvons, sur 10 kystes envisagés :

4 de la base du poumon droit (obs. IV, III, VI, X);
2 de la région moyenne du poumon droit (obs. XI, II);
1 du sommet du poumon droit (obs. V);
2 de la zone moyenne du poumon gauche (obs. II, VII);
1 de la base du poumon gauche (obs. IX).

La radioscopie et la radiographie nous ont appris qu'il peut exister des kystes centraux ou des kystes corticaux, et même des kystes multiples. Ceux-ci ne sont pas rares; nous voyons, en effet, dans notre observation II, 2 kystes hydatiques bilatéraux associés à un kyste du foie. Dans l'observation X, 2 kystes communicants du poumon droit.

Devé a été un des premiers à mettre au point cette question des kystes centraux et corticaux. Il en a tiré des déductions thérapeutiques du plus grand intérêt. Nous aurons l'occasion d'en tenir compte dans les chapitres qui suivent.

Il est rare, du moins chez l'adulte, de voir des kystes de grande dimension. En effet, tandis que le kyste du foie dispose de toute la place nécessaire pour se développer sans provoquer des troubles mécaniques, un kyste du poumon, emprisonné dans le thorax, donnera assez vite des signes de compression .Par contre, chez l'enfant, qui possède un thorax beaucoup plus souple, le parenchyme se laisse refouler lors du développement du parasite.

Il est rare de voir des kystes énormes combler et opacifier entièrement un hémithorax. Toutefois la radiographie qui correspond à l'observation II nous permet de déceler un kyste de très grande dimension, qui occupe les deux tiers du poumon droit. Avant d'atteindre cette taille, les kystes, surtout corticaux, provoquent habituellement des troubles tels que l'intervention s'impose. S'ils sont centraux, ils risquent de se vider par vomique. Constantini nous en donne l'explication : « Au niveau de la bronche, nous dit-il, il y a tassement, et la paroi finit par être détruite par un phénomène complexe de compression et de digestion associées. » D'où, ouverture de la lumière bronchique dans l'espace virtuel périkystique.

Cette usure des bronches, toute spéciale et bien particulière au kyste hydatique, nous explique parfaitement pourquoi le thorax infantile, qui est souple et qui prête lors du développement du parasite, évite aux bronches, qui fuient, l'ulcération. Il devient donc fréquent chez l'enfant (et les faits ne nous contrediront pas) d'ouvrir un kyste sans que surviennent quinte et vomique.

Ceci est la meilleure preuve de l'absence de fistulisation bronchique.

Mais, chez l'adulte, il n'en est pas de même. Le thorax ne prête pas, et les bronches ne peuvent fuir devant le tasse-

ment et l'usure. Elles s'ouvrent, tantôt en bec de flûte, tantôt fenêtrées latéralement, tantôt franchement sectionnées. La membrane externe du kyste est alors soumise directement aux variations de l'air intra-alvéolaire; d'où ce bruit de clapet, que nous citons par trois fois dans nos observations.

Mais la vomique n'est pas toujours la règle. Le kyste peut grandir et se développer, surtout s'il est cortical, vers la plèvre, qui, le plus souvent, reste libre. L'infection survient-elle pour des raisons multiples? La plèvre ne s'inocule pas, mais participe aux phénomènes d'inflammation. Des adhérences se créent, la plèvre se symphyse, surtout lorsque le kyste est juxtapleural. Très fréquentes pour Dieulafoy, ces adhérences semblent présenter, d'après Escudero, les seules modalités d'atteinte de la plèvre. Il est classique d'admettre ces deux éventualités, qui s'appellent vomique et suppuration. Il est bien plus rare de rencontrer un kyste complètement calcifié, mort de lui-même. La plupart du temps, c'est une découverte d'autopsie.

CHAPITRE IV

SIGNES CLINIQUES

Le kyste hydatique ne se manifeste que lorsqu'il a acquis un certain volume, après une période de latence qu'Escudero estime être environ de deux ans, et qui, pour Botreau-Roussel, ne dépasserait pas dix-huit mois. Après cette période, le médecin est amené à examiner le malade pour des signes divers.

C'est tantôt pour une toux sèche, tenace, rebelle à tous traitements, tantôt pour une expectoration banale, muqueuse, ou exceptionnellement muco-purulente: un point de côté, une dyspnée *sine materia*, une oppression constante. Mais survient une hémoptysie, qui est, sans conteste, le symptôme le plus frappant, celui que le malade a le mieux remarqué et le plus susceptible de permettre de penser au diagnostic. Douglas Fairly l'a rencontrée dans 75 p. 100 des cas : sur 12 observations que nous rapportons, nous en trouvons 3 où des hémoptysies sont mentionnées.

Il s'agit habituellement d'un individu en parfaite santé, qui a présenté dans le cours des derniers mois une ou plusieurs hémoptysies : crachats teintés de sang ou hémoptysies, tantôt importantes, tantôt réduites, toujours de sang rouge. Il est à remarquer que ces accidents se présentent plus ou moins isolés dans l'histoire de la maladie.

C'est, par exemple, un résinier qui, en décembre 1928, vient consulter le médecin parce qu'il maigrit et qui, brusquement, le 9 mai 1929, c'est-à-dire cinq mois après, fait une hémoptysie importante, de la valeur d'un verre (obs. V).

C'est encore l'histoire d'un malade qui, depuis deux ans,

est traité pour insuffisance hépatique et qui, quatre jours après son hospitalisation, fait une hémoptysie assez importante (obs. IX).

La coexistence d'une vague gêne thoracique, d'un point de côté, d'une dyspnée, sont autant de symptômes qui inquiètent le malade et l'amènent à consulter un médecin.

L'examen risque d'être moins instructif encore : parfois un élargissement des espaces intercostaux, une matité suspendue entre deux zones sonores, une abolition de vibrations, attirent l'attention; mais l'amaigrissement, l'oppression, et, à l'auscultation, un syndrome de condensation pulmonaire, quelques frottements pleuraux, ne peuvent-ils, à défaut d'autres symptômes, orienter plutôt le praticien vers un diagnostic de bacillose ou de pleurite ? Dans d'autres circonstances une sensation de pesanteur au niveau de l'hypocondre droit, un foie gros et douloureux, un teint subictérique, peuvent faire penser à l'insuffisance hépatique, comme nous le prouve, d'ailleurs, l'observation IX.

La latence relative et parfois totale de ces kystes hydatiques du poumon, la banalité des signes qu'ils présentent, hémoptysie mise à part, expliquent que la première manifestation sérieuse de la maladie puisse être la vomique.

Le plus souvent, c'est un accident brutal et dramatique, toujours pénible, imprévisible au point qu'il soit rare de voir un médecin y assister, et qui, la plupart du temps spontané, peut être dû aussi à un traumatisme. Le malade, calme jusqu'alors, est pris brusquement d'accès de toux incessants; il devient dyspnéique, se cyanose, et, dans un dernier effort, expectore des flots de liquide muco-purulent, mélangés à des vésicules filles, et dans lesquels on peut trouver parfois une membrane proligère. Parfois aussi se surajoutent des phénomènes de suffocation, de cyanose intense, de collapsus cardiaque, qui mènent le malade à la mort.

Ces accidents s'expliquent par une véritable inondation du parenchyme pulmonaire ou par un processus d'anaphylaxie (Devé, Escudero).

Ces vomiques intéressent surtout de gros kystes centraux à évolution souvent favorable. C'est un point sur lequel nous ne saurions trop insister : nous n'en voulons pour preuve que les 3 observations prises parmi celles que nous publions, et qui sont une démonstration frappante de ce que nous avançons.

Il s'agit, en effet, dans l'observation V, d'un résinier âgé de 25 ans, qui rend par la bouche un kyste complet avec membrane proligère, et qui, huit mois avant, avait commencé à maigrir et à tousser. L'observation VIII nous parle d'un berger âgé de 60 ans, qui rejette par la bouche un liquide clair, mélangé à des vésicules filles, alors que, depuis cinq mois, il maigrissait et toussait.

Dans l'observation I, il s'agit d'une ménagère, âgée de 45 ans, qui fait appeler son médecin parce qu'elle avait rejeté, par la bouche, un liquide clair et abondant et une membrane proligère.

Dans une deuxième forme, qu'Escudero a appelée la vomique fractionnée, le malade rejette, par à-coups et par accès de toux, une petite quantité de liquide mélangé à des vésicules filles. Ces vomiqués concernent des kystes corticaux qu'une voie de drainage insuffisante empêche de bien se vider.

C'est à cette occasion que survient l'infection. Un autre mécanisme peut aussi la provoquer : le kyste simplement fissuré s'infecte par apport septique, et s'évacue fort mal par une ouverture trop petite. Le kyste suppure.

Cette suppuration, provoquée par l'un ou l'autre mécanisme, s'annonce, comme toutes les autres suppurations, par des signes fonctionnels tels que : l'expectoration persistante et franchement purulente, plus ou moins verdâtre, se sédimentant en deux ou trois couches dans le verre conique, souvent nauséabonde et fétide, renfermant une flore variée aéro-anaérobie, ou parfois même une flore simple.

Des signes généraux, souvent peu évidents, du fait de la chronicité de l'affection, tels que : une température qui peut

être normale, un état général plus ou moins touché, et, du fait de cette latence, un hippocratisme digital, associé ou non à une dégénérescence amyloïde. A tous ces signes vient s'ajouter souvent une fièvre hectique.

Mais parfois l'infection s'annonce avant la rupture clinique : c'est ce qui se passe chez un de nos malades (obs. XI), où l'affection a débuté brusquement par des signes généraux d'une gravité exceptionnelle, par un violent point thoracique, une dyspnée intense, et une température qui s'est très vite élevée à 39-40 degrés. Sept jours après, le malade, qui, jusqu'à présent, n'avait ni craché, ni toussé, expectore subitement et en abondance des crachats jaune verdâtre, extrêmement fétides, mêlés de stries sanguinolentes. L'auscultation, jusqu'alors muette, permet de déceler une matité, un souffle bien localisé, et une obscurité respiratoire. Nous pouvons conclure, dans ce cas, que la poche kystique s'était infectée bien avant que de se rompre. Ces exemples, d'après les classiques, ne sont pas fréquents. Cependant les observations éparses dans la littérature ne manquent pas et ne sont peut-être pas aussi rares qu'on le pense (obs. de Ricot, obs. de Grégoire).

De ce qui précède, nous pouvons déduire que parfois la vomique est curatrice, parfois elle précède l'infection (obs. III, VI et X), lorsque cette infection ne s'installe pas d'emblée avant toute rupture.

Devé admet que, dans certaines circonstances, la vomique naturelle est capable de mettre un terme favorable à l'évolution du kyste hydatique, mais il accorde une différence à sa valeur curative suivant qu'il s'agit du kyste cortical, qui naît loin des grosses bronches et qui s'évacue mal, ou d'un kyste central, pour lequel le diagnostic est souvent suffisant pour amener la guérison spontanée.

Dans sa statistique, il rapporte 11 cas de vomique qui se sont terminés par la guérison; nous en rapportons 3 sur 12 cas envisagés.

Bellard, dans sa thèse (Paris, 1924), note 90 p. 100 de

guérison sur 162 cas de vomique hydatique non suppurée; nous notons 100 p. 100 de guérison sur 3 cas rapportés.

Mais pensons-nous trouver la même proportion après vomique de liquide purulent ? Belliard, dans la même thèse, donne 8 cas sur 10 de kystes hydatiques préalablement suppurés, et terminés par une vomique curative.

Nous en rapportons 2 cas sur 4 (obs. X et III). Pour les 2 cas restants, et en particulier dans l'observation VI, nous voyons s'installer une suppuration interminable, par suite d'un mauvais drainage de la cavité : la gangrène s'installe, qui emporte très vite le malade. Parfois, à la place de cette gangrène, il est assez fréquent de voir s'installer ce que Dieulafoy a appelé la « phtisie hydatique ».

En résumé, nous ne dirons pas, avec Constantini, que la vomique n'est « que le prélude d'une nouvelle période, où le patient devient un suppurant pulmonaire ».

Il existe des vomiques curatrices qui paraissent être d'une fréquence égale à 20-25 p. 100 : elles traduisent le kyste central et volumineux, qui bénéficie d'un bon drainage.

La suppuration reste le phénomène le plus habituel, celui qui suit ou précède la vomique imparfaite, et qui est en rapport avec un kyste cortical éloigné des grandes voies bronchiques.

Ce sont là des notions qui comportent certaines déductions thérapeutiques.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir combien est fruste la symptomatologie du kyste hydatique du poumon : il est donc facile de prévoir les difficultés du diagnostic. C'est pourquoi il n'est pas possible d'envisager aujourd'hui cette symptomatologie sans donner une très large place à l'étude radiologique. La radiographie, en effet, est le seul moyen de faire le diagnostic avant la vomique, qui, lorsqu'elle existe, permet de présenter un diagnostic sans difficultés; et c'est ainsi que, dans les observations V, VIII, l'affection est reconnue par un tel mécanisme; mais nous avons vu, dans le chapitre des *Signes cliniques*, que la vomique était loin d'être constante dans l'évolution du kyste.

Si le diagnostic est difficile à faire avec des signes cliniques nuls ou peu concluants et un examen improductif, le malade est conduit sous l'écran. A ce moment, une image toujours frappante apparaît, « arrondie ou ovalaire, homogène, à contours nets et réguliers, bordée de parenchyme sain, parfois grisaille » (Béclère, Escudero, Bonniot).

Tour à tour, Lemaire et Burou, Devé et Constantini, ont étudié et décrit cette image. Constantini nous donne un signe pathognomonique quand il nous parle « d'une image régulièrement opaque, surmontée d'une bulle de gaz, au sommet de cette ombre arrondie », et qu'il insiste sur le caractère irrégulier de la ligne de séparation hydro-aérique, dû à la membrane kystique, soulevée par place par des gaz. La radiographie qui complète notre observation X nous montre bien

l'image de cette membrane kystique qui, à la radioscopie, se soulevait et s'abaissait avec les changements de position du malade.

Mais cette image est-elle donc toujours aussi typique qu'on veut bien le dire, et la radiographie est-elle toujours un moyen de diagnostic aussi sûr que la vomique ?

Escudero l'affirme quand il nous dit que « l'ombre radioscopique suffit au diagnostic ». Par contre, J. Braine se déclare dans l'impossibilité de conclure, après 9 examens pratiqués successivement. L'image typique, décrite par Devé et beaucoup d'autres auteurs, est loin d'être constante :

— Oupensky l'a rencontrée 2 fois sur 7;
— Affanassof, 1 fois sur 6;
— Abadie, 5 fois sur 10;
— Anvar Hanania, 4 fois sur 10.

Elle traduit, en effet, un kyste intact, sain, de petit volume; c'est une découverte pour le radiologue, car, à ce stade-là, il n'attire pas encore l'attention du médecin.

Mais même en face d'une image aussi frappante, aussi nette, Constantini fait des réserves les plus expresses. Sergent va jusqu'à affirmer qu'en face d'une image à contours nets et arrondis, il rejette le diagnostic de kyste hydatique.

Avec Devé, Constantini et Curtillet, nous pensons que cette affection peut revêtir de multiples aspects radiologiques. « Il faut bien savoir, nous dit Constantini, que toute image typique de kyste hydatique peut être due à une lésion d'autre nature : tumeur, lobite spécifique, par exemple. Il faut savoir aussi que le kyste hydatique peut donner une image qui s'écarte fort bien de l'image typique, et se rapproche de celle d'autres affections, par exemple : abcès du poumon, pleurésie, tumeur du médiastin, etc. »

C'est pourquoi la clinique, pour aussi peu de signes qu'elle puisse nous donner, garde toujours une grande valeur. Nous ne pouvons nier toutefois que, dans beaucoup de cas, l'image radiologique reste le pivot de la discussion diagnostique.

Aussi devons-nous demander une bonne radiographie de face et de profil, doublée d'un examen radioscopique. Il est en effet certain que le rôle de la radiographie ne se limite pas à la recherche du kyste : une fois celui-ci trouvé, elle nous permet d'évaluer la valeur du parenchyme voisin, son intégrité, sa souplesse ou son atteinte inflammatoire. De plus, elle nous permet de diagnostiquer une plèvre libre ou symphysée, ce qui, pour le chirurgien qui va intervenir, est un renseignement d'une grande importance.

Nous n'aurions garde d'oublier dans cet exposé les services que peut rendre la stéréoradioscopie, envisagée aujourd'hui comme un très bon moyen de localisation du kyste, surtout pour le kyste du sommet, pour lequel le profil est difficile à lire. C'est une méthode qui, à l'heure actuelle, prend une grande valeur.

A la clinique et à la radiographie, se surajoutent, dans la recherche du diagnostic, les examens de laboratoire.

Les réactions de Weinberg, de Casoni, présentent un très grand intérêt; ces notions étant bien connues de tous, notre attention se portera plutôt sur quelques points bien particuliers. Nous rappellerons, en effet, que la fidélité de ces réactions n'est pas toujours constante. Le Weinberg, en particulier, a été critiqué. Chauffard et Vincent, qui en ont cherché la cause, ont proposé la « théorie de la toxicité enclose ». Dans les observations que nous avons pu recueillir, nous trouvons un cas (obs. IX) où le laboratoire a été muet, alors que les signes cliniques et surtout la radiographie ont permis d'affirmer la présence d'un kyste hydatique du poumon. Il est pourtant d'usage courant aujourd'hui de pratiquer le Weinberg et le Casoni avant toute intervention, mais les défaillances nombreuses de ces réactions ont poussé le chirurgien à ne tenir compte de leur valeur que si les résultats ont été positifs.

Le laboratoire a été encore mis à contribution quand on a voulu, dans les crachats ou dans le liquide de la vomique, mettre en évidence un crochet d'échinocoque ou une tête de

tænia. C'est en effet un crochet d'échinocoque qui a permis, dans l'observation, de poser enfin un diagnostic certain : le laboratoire, à cette occasion, a triomphé de la clinique.

Quant à l'éosinophilie, tout le monde sait que la suppuration la fait disparaître. Il n'est donc pas logique de compter sur elle.

Nous n'avons pas jusqu'ici parlé de la ponction, car actuellement tous les auteurs sont d'accord pour la déconseiller formellement. Cette méthode, très couramment utilisée autrefois, apparaît à l'heure actuelle comme un moyen de diagnostic insuffisant et dangereux, quelle que soit la manière dont elle est faite, même si la technique choisie est impeccable. Son utilité est discutable, et les accidents qu'elle provoque, souvent sérieux (choc anaphylactique, arthralgies, vastes éruptions urticariennes, syncopes). Nous devons la considérer également comme néfaste au point de vue thérapeutique. D'après Miraillée, sur 45 cas de kystes traités par ponction, on a observé : 11 fois la guérison, 10 fois des résultats négatifs, 24 fois la mort subite, au cours de laquelle le malade présente des accès de toux, une oppression violente, avec cyanose et refroidissement des extrémités, parfois un rejet de sang et de liquide hydatique.

Considérée autrement que comme une manœuvre d'exception, la ponction simplement évacuatrice est tout à fait insuffisante pour arrêter le développement du kyste (Devé); de plus, le trocard, qui n'atteint pas le kyste, menace les bronches de perforation. L'intoxication hydatique qui peut en résulter favorise plus tard le développement des infections, surtout quand elle est faite avec persistance (obs. X). La communication faite en 1913 par le Professeur Duverger, l'observation X, dont nous avons fait mention, les travaux de Devé et de Miraille, suffisent à nous prouver que ce n'est pas une méthode à suivre, car, comme nous l'avons déjà dit, les ennuis qu'elle apporte sont de beaucoup supérieurs aux avantages qu'elle procure. Rappelons, enfin, la vieille statistique de Pasquier : 36 cas traités par ponction : 13 gué-

risons, 23 morts. Soit 63,88 p. 100 de mortalité. Bref, des exemples suffisants, qui doivent en faire proscrire l'usage.

Malgré l'appoint sérieux que la radiographie et le laboratoire apportent à la clinique, les erreurs de diagnostic sont fréquentes. En nous basant exclusivement sur les observations originales que nous publions, nous constatons que, sur 13 cas que nous rapportons, 3 cas relèvent de la vomique, et, dans les 10 autres, l'échinococcose n'a été soupçonnée qu'après plusieurs erreurs de diagnostic. Si nous en venons au détail, la bacillose pulmonaire a été par 2 fois diagnostiquée (obs. V et IX).

Dans l'observation X, on a pensé à une adénopathie trachéo-bronchique et à une pleurésie.

Un diagnostic de kyste hydatique du foie fut fait dans l'observation I, alors que la radiographie permit de déceler un kyste pulmonaire associé au kyste hépatique.

Une pneumopathie aiguë fit penser, dans l'observation XI, à un abcès du poumon et à une gangrène pulmonaire.

Un violent point de côté et un état subfébrile firent diagnostiquer, dans l'observation III, une pleurésie.

Dans l'observation VI, une bronchite chronique fut longtemps traitée à la place d'un kyste hydatique.

Enfin, un sarcome de la région axillaire fut envisagé en définitive, au lieu et place d'un énorme kyste du sommet du poumon droit (obs. VII).

Il paraît donc que dans les suppurations pulmonaires, principales complications des kystes, les plus fréquentes erreurs de diagnostic soient la pleurésie purulente et la bacillose en évolution.

S'il s'agit d'une pleurésie, la recherche des antécédents permet souvent de découvrir des hémoptysies fréquentes ou une vomique importante; la radioscopie donne parfois une image typique (un segment de cercle), qui s'oppose à celle de la pleurésie : la recherche et la mise en évidence dans les crachats d'un crochet d'échinocoque ou d'une tête de tænia sont autant de signes qu'un interrogatoire minutieux et un examen attentif permettent de retrouver.

Le malade qui vient nous consulter pour hémoptysies fréquentes, sueurs profuses, dyspnée intense et amaigrissement, ne fait-il pas penser à une bacillose en évolution ? Là aussi la recherche des antécédents, la radioscopie, l'absence de B. K. dans les crachats, après des analyses répétées, permettront d'éviter cette erreur si fréquente.

Il est bien d'autres diagnostics que le médecin envisage lorsque le kyste se complique. Constantini rapporte une observation dans laquelle on intervint sur un enfant de 10 ans, avec, comme diagnostic, kyste hydatique, et où l'intervention conduisit sur un poumon hépatisé. Nous avons cité notre observation IX, où le laboratoire triompha à cette occasion de la clinique. Constantini cite encore un cas d'anévrysme de l'artère pulmonaire gauche, pris pour un kyste hydatique : « une image radiologique médiastinale à croissance lente à chaque examen » empêcha l'opération.

Enfin, il est un diagnostic de localisation qui souvent se pose : est-on en présence d'un kyste hydatique du poumon ou du foie ? Dans ce cas, les symptômes cliniques sont souvent sans valeur, car un kyste sous-diaphragmatique saillant dans le thorax, présente lui-même une symptomatologie thoracique, comme d'ailleurs un gros kyste de la base du poumon droit peut présenter une symptomatologie d'insuffisance hépatique.

Il est classique, dans ces cas, de demander une radiographie de face et de profil. La radiographie de profil, en effet, est précieuse : l'ombre du kyste développé en arrière et en bas se détachera à ce moment du diaphragme, derrière lequel elle se cache, à moins que cette radiographie ne permette de déceler un kyste hépatique associé à un kyste de la base. En effet, dans l'observation IV, nous voyons qu'une voussure hépatique, un syndrome d'insuffisance hépatique, un Weinberg positif, firent faire le diagnostic de kyste hydatique du foie. Mais la radiographie permet de mettre en évidence deux kystes : un hépatique, déjà soupçonné, un pulmonaire, silencieux jusqu'alors, séparé du diaphragme par une lamelle de

tissu pulmonaire sain. Dans l'observation IX, deux erreurs de diagnostic furent faites successivement : insuffisance hépatique d'abord, kyste hydatique du foie ensuite. La radiographie permit de découvrir un volumineux kyste, qui, à la base du poumon droit, pesait par sa masse sur la coupole diaphragmatique, affaissant et comprimant le foie.

Au point de vue de l'évolution spontanée du kyste, si l'on met à part les grosses infections et les infections prolongées, les kystes centraux parahilaires ont des chances d'évoluer spontanément vers la guérison, à l'inverse des kystes corticaux volumineux. Nous allons voir, par contre, que, lorsque la thérapeutique chirurgicale devient indiquée, le pronostic des kystes corticaux, plus accessibles, devient plus favorable que celui des kystes centraux qui n'ont pas guéri spontanément.

De ce qui suit, nous pouvons conclure qu'il faut bien se garder d'étudier successivement un diagnostic clinique ou un diagnostic radiologique. Ils sont inséparables. Il est donc beaucoup plus clinique d'envisager successivement les différents cas en présence desquels le diagnostic devra être discuté, radiographie en main. Les erreurs seront ainsi moins fréquentes, le traitement plus effectif.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le kyste hydatique est une affection grave : qu'il soit abandonné à lui-même ou opéré, il expose le malade à des complications dont l'issue est trop souvent mortelle. Toutes les tentatives de thérapeutique interne opposées à cette affection ont échoué. Devé, qui s'est intéressé à tous ces traitements, enregistra des échecs, qu'il s'agisse d'arsénobenzol intraveineux, d'extrait de fougère mâle, etc. La radiothérapie n'a pas donné de meilleurs résultats. L'essai d'un traitement par introduction trachéobronchique d'un parasiticide a été envisagé, mais la réalisation de cette idée ne paraît guère possible, car, aurait-on ce parasiticide, qu'il faudrait encore trouver le moyen de le diriger jusque dans le kyste (Devé).

C'est pour ces raisons que le traitement médical se réduit, en définitive, à l'expectation, méthode qui expose souvent à de mauvais résultats. Aussi la plupart des médecins ont-ils confié à la chirurgie le traitement du kyste hydatique du poumon, comme ils lui ont depuis longtemps abandonné le traitement de l'échinococcose hépatique.

Historique.

Les premières études sur le kyste hydatique datent du XIX[e] siècle. En 1815, Fretau incise, le premier, la paroi thoracique pour un kyste hydatique suppuré.

En 1862, Trousseau conseille l'expectation : « Le plus sage, dit-il, est de s'abstenir et de rester spectateur attentif des efforts de la nature. »

Mais à partir de 1875 apparaissent, avec Hearn, Bird, Davies, Guyot, Thomas, des adversaires de cette abstention. La maladie, abandonnée à elle-même ou traitée par une thérapeutique médicale uniquement symptomatique, aboutit à une issue fatale dans plus des deux tiers des cas; tandis que le traitement chirurgical donne près de 80 p. 100 de guérisons (Guyot).

En 1882, Misler, Bouilly, Israël, font les premières résections costales pour kyste hydatique pulmonaire. La pneumotomie prend dès lors une importance de plus en plus grande. Tuffier, en 1897, déclare, au Congrès de Moscou, « que la thérapeutique des kystes hydatiques du poumon était bien déterminée et d'ordre exclusivement chirurgical ».

Delagenière préconise « l'ouverture lente et graduelle de la plèvre et le harponnage du poumon ».

De Cérenville et Roux mettent en pratique la méthode de la création d'adhérences pleurales par une suture des feuillets de la plèvre. Dès 1896, Posadas, dans des travaux importants, se fait le promoteur de la réduction sans drainage des kystes hydatiques.

A partir de 1900, la radiographie est venue faciliter grandement l'intervention, en permettant un diagnostic plus précoce.

A partir de 1910, il faut avouer que la thérapeutique des kystes hydatiques du poumon est devenue chirurgicale. Jusqu'à cette date, les avis se partageaient, les Ecoles s'affrontaient, et comptaient parmi elles des adeptes comme des ennemis résolus. Mais, à partir de la thèse de Guimbellot (Paris, 1910), les principes généraux du traitement chirurgical ont été bien codifiés. *A quelques détails près, ce sont encore ceux du traitement d'aujourd'hui.*

Nous ne pourrions omettre de citer dans la période contemporaine les travaux de Tuffier et Martin, de Devé surtout;

à l'étranger, ceux d'Escudero, Lamas, Mondino et Prat, de Finochetto, et les thèses de Belliard (Paris, 1924), Guichard (Paris, 1924), et de Rey (Montpellier, 1927).

Indications du traitement chirurgical.

A l'Ecole interventionniste à outrance, dont les promoteurs se nomment Tuffier, Guimbellot, Abadie, Escudero, Hearn, Davies et Madelung, s'opposent les travaux de Devé et Jeanne, qui, en 1926, établissent des règles bien précises de tactique et de technique opératoires qui, disent-ils, dépendent directement :

1° de la facilité ou des difficultés opératoires pour chaque cas (kyste profond, kyste superficiel);

2° de l'état anatomique du kyste (simple ou suppuré);

3° de ce que l'on sait des vomiques et des guérisons spontanées après vomique.

En réalité, d'après Devé, les kystes pulmonaires peuvent être séparés en deux grands types :

1° Les uns, corticaux ou parapleuraux, volumineux très souvent, donnant lieu à une symptomatologie pseudo-pleurétique, relèvent du seul traitement chirurgical, qu'ils soient intacts ou ouverts dans les bronches ou la plèvre;

2° Les autres, centraux ou parahilaires, peu volumineux, se traduisant par une symptomatologie pseudo-tuberculeuse, sont révélés par une vomique. Si les signes physiques vont en s'atténuant, si l'état général reste bon ou s'améliore, si la radioscopie montre l'effacement progressif de l'ombre anormale, on peut éviter une opération inutile, parfois même dangereuse. Dans les cas contraires, l'intervention s'impose, faite alors suivant toutes les règles de la clinique et d'une technique opératoire impeccable.

Pour nous résumer, nous dirons donc, avec Grégoire : « Quand le kyste est cortical, il faut opérer; quand il est central, attendre. » A cette phrase, nous pourrions ajouter : « d'autant plus que ce kyste central, si l'on sait attendre, peut guérir. » (Devé : cas personnels.)

Technique opératoire.

Nous verrons dans un instant que le choix de cette technique opératoire dépend du siège et du volume du kyste, et, dans certains cas, de l'état de la plèvre, qui est ou non symphysée, et dépend surtout de l'infection absente ou présente du kyste. Dans ce dernier cas, si tout le monde est à peu près d'accord sur le principe de la protection de la plèvre et la nécessité de marsupialisation, certains discutent sur la façon de réaliser cette protection. Enfin et surtout, si parfois le diagnostic d'infection d'un kyste s'impose en présence de certains signes cliniques, dans certains cas, au contraire, il est difficile de faire un diagnostic extemporané d'infection au cours de l'opération, certains kystes à cœphalocystes pouvant avoir un contenu plus ou moins louche et n'être pas infectés pour cela (Abadie). Certains chirurgiens, qui ont prétendu avoir réduit sans drainer, avec succès, un kyste infecté, n'avaient certainement eu affaire qu'à ces kystes à contenu louche absolument aseptiques.

Première méthode : Procédé en un temps.

D'ores et déjà, nous pouvons dire *que cette méthode réclame une voie d'accès large, tandis que la méthode en deux temps est une méthode qui demande une voie d'accès étroite*. De plus, elle exige souvent la formation d'un pneumothorax opératoire, que redoutent et veulent éviter à tout prix les défenseurs de la méthode en deux temps.

Toute opération pour kyste hydatique pulmonaire va demander une préparation spéciale. Le patient qui va se faire opérer, en effet, court les risques d'infection et d'insuffisance cardiaque. Son appareil respiratoire aura fait, au préalable, l'objet d'un examen minutieux : une percussion et une auscultation attentives auront permis d'affirmer l'intégrité du parenchyme pulmonaire ou auront mis en évidence des râles de bronchite : la révulsion, l'eucalyptine, ou tout autre anti-

septique pulmonaire, devront lui être alors ordonnés, et, si le chirurgien le juge nécessaire, plusieurs examens de crachats seront faits successivement. Si le malade se présente comme un insuffisant cardiaque, des toni-cardiaques lui seront administrés à fortes doses.

Une fois le malade préparé, il est indispensable de localiser par la radioscopie le kyste du poumon; il est non moins indispensable que le chirurgien assiste le radiologiste au moment du repérage, car cette localisation décidera du choix de la voie opératoire : celle qui traverse le moins le tissu pulmonaire étant la meilleure. Cet examen radioscopique sera pratiqué le malade étant assis, couché de face, de dos, de telle façon que l'ombre plus grande ou plus petite de la projection, suivant l'éloignement de l'écran, puisse indiquer la profondeur du kyste.

A l'intervention, la position que doit prendre le malade dépend donc des conclusions que la radioscopie a permis d'apporter, une position à éviter étant le décubitus sur le côté sain, cette attitude ayant le grave inconvénient de réduire l'expansion du thorax du côté qui respire.

La *position assise*, préconisée par Lamas, Mondino et Descarpentries, sous le nom de position « du jockey », est devenue celle qu'on utilise de préférence, dans les cas d'anesthésie locale. Selon Guimbellot, « elle ne serait peut-être pas sans danger au cours d'une chloroformisation ».

La *position déclive* en Trendelinburg, utilisée par beaucoup de chirurgiens (Baumgartner, Constantini), garde tous ses avantages, non seulement dans le cas de kyste hydatique suppuré, mais encore lorsque le kyste est limpide. Elle permet, en tout cas, d'éviter, s'il y a vomique, l'inondation bronchique et prévient ses conséquences immédiates, qui sont la suffocation et l'asphyxie, et sa conséquence éloignée, qui est l'échinococcose secondaire par inoculation hydatique des bronches (Constantini).

L'*anesthésie* : D'une façon habituelle, l'anesthésie générale est repoussée par la plupart des chirurgiens, qui préfèrent

la locale. Elle n'en conserve pas moins des indications, si l'on place le malade en position déclive, si l'opération se fait en un temps et si la voie d'accès est large. Elle mériterait d'être plus fréquemment employée, si, à l'exemple de certains chirurgiens, ne se substituaient à elle le chlorure d'éthyle, le chloroforme, associés ou non à l'avertine par voie rectale. L'appareil à hyperpression peut rendre de grands services dans la chirurgie du kyste hydatique du poumon. On a, en effet, avec lui, le moyen facile de plaquer le kyste contre la paroi, d'où moins de risques dans le déplacement du kyste, moins de chances d'inoculations pleurales, et plus de facilités dans les manœuvres de fixation du kyste à la paroi. Malgré les critiques de Jeanne, il semble que la baronarcose soit un procédé d'anesthésie pratique, donc utile.

La *traversée de la paroi thoracique* n'offre pas de difficultés. Arrivée sur le plan osseux, la chirurgie oscille entre deux procédés : ou, inciser une seule côte sur une grande longueur et placer un écarteur de Tuffier, qui donne un jour énorme (Duval, Abadie), ou, réséquer deux ou trois côtes sur 7 à 8 centimètres seulement (Guimbellot).

Les difficultés vont commencer dans le second temps opératoire, c'est-à-dire *dans la traversée de la plèvre*. Le chirurgien la devine par son seul aspect libre ou symphysée. Si elle est grisâtre et immobile, si le doigt qui l'explore sent une consistance dure et cartonnée, le problème ne se pose pas, le bistouri peut, sans crainte, inciser la plèvre adhérente. Si, au contraire, elle se présente sous un aspect bleuté et si le chirurgien voit jouer sous elle le poumon dans les différents temps de la respiration, si elle est souple et lisse au palper, les difficultés commencent : la plèvre est libre. Que faut-il faire ?

a) Certains chirurgiens s'acharnent à éviter le pneumothorax, soit par une ouverture lente et partielle de la plèvre, qui « éloigne les dangers de réflexe respiratoire et cardiaque » (Delagenière), soit par une couronne de points qui amarre le poumon à la plèvre (Finochetto), soit encore, et

enfin, par une protection très soignée de la plèvre, à l'aide de mèches et de compresses après incision de la plèvre, harponnage du poumon vers la plaie. Ce temps est délicat et, en réalité, ces procédés sont illusoires, car, bien souvent, dans des accès de toux ou dans une vomique, la plèvre se déchire et tous ces efforts sont annihilés.

b) Il faut alors, carrément, ouvrir la plèvre et créer un pneumothorax. Le poumon se rétracte alors plus ou moins selon le siège et le volume du kyste. La main explore à ce moment le poumon, et cherche à reconnaître la poche kystique (Abadie). Une fois celle-ci repérée, le poumon est amené par tractions douces au niveau de la ligne d'incision.

La *traversée du parenchyme pulmonaire* se fera alors au bistouri électrique, préféré à tout autre parce qu'il ne donne qu'une effusion de sang minimum.

Le kyste est atteint. Comment doit-on le traiter ?

La ponction n'est pas toujours facile, car le kyste souvent s'échappe devant le trocard qui le cherche. Une fois la poche percée et le liquide écoulé, le bistouri l'incise largement, et l'aspirateur la débarrasse du liquide restant et des vésicules filles; souvent, dans l'aspiration, la membrane se trouve soulevée et parfois happée.

La cavité est vide. Doit-on formoler ? Proust et Houdant conseillent l'emploi prudent d'une solution de formol diluée au 1/20. Tuffier est d'un avis contraire, par crainte du danger que représente la pénétration du formol dans les bronches et des phénomènes qui s'ensuivent de suffocation et syncope par collapsus cardiaque. Il semble bien que la tendance actuelle soit d'abandonner le formolage; toutefois, mention en est faite dans nos observations IX et X, où il ne provoqua que quelques accès de toux et une suffocation de quelques secondes. D'autre part, pourquoi chercher à tuer un parasite et utiliser ainsi une méthode dangereuse, alors que, jusqu'à présent, on n'a jamais cité que très rarement des cas d'essaimage échinococcique de la plèvre, à l'encontre de ce qui se passe dans le péritoine, tellement sensible aux moindres

atteintes des organes voisins ou sous-jacents. Une exploration minutieuse de la cavité permettra au chirurgien de découvrir parfois des fistules bronchiques internes; il est donc important pour lui d'observer ce temps opératoire, au moment où ces fistules sont encore faciles à traiter.

Reste la cavité. Deux méthodes s'offrent au chirurgien pour la traiter :

1° La marsupialisation;
2° La réduction sans drainage.

La marsupialisation va consister à amener la poche kystique à la plaie pour la suturer ensuite au rebord cutané. C'est une bonne façon de drainer, qui crée une voie large sans risques d'obstruction. On lui objecte une infection possible de cette poche, une guérison longue à se produire, et des fistules longues à se tarir.

La réduction sans drainage est un moyen d'une grande simplicité, qui consiste, une fois la membrane proligère enlevée et la cavité bien nettoyée, à obturer cette cavité en suturant les parois, et en refermant plan par plan. Pas de drainage.

Critique de la méthode en un plan.

Cette méthode est critiquable sur deux points :

1° Le pneumothorax;
2° La réduction sans drainage.

1° Le *pneumothorax* offre, en effet, des dangers immédiats, tels que le flottement et la compression médiastinale, avec comme conséquences la syncope et la mort, ou encore des suites à distance, telles que la possibilité d'infection de la poche (pleurésie purulente). Beaucoup de chirurgiens ont rejeté cette méthode en un temps par suite de ces dangers.

Que faut-il en penser ?

Duval et Abadie ont insisté sur la bénignité du pneumo-

thorax et sur l'importance de la préparation du malade avant l'opération, surtout au point de vue cardiaque. Si l'auscultation du cœur et la prise de la tension ne révèlent rien de particulier, Abadie est d'avis de donner quand même de fortes doses de toni-cardiaques, à plus forte raison s'il y a insuffisance cardiaque.

Delagenière préconise l'ouverture lente et graduelle de la plèvre, qui exclut ainsi l'accident brutal dû à la compression.

Certains, comme Arcé et Hartmann, vont jusqu'à recommander l'ouverture d'un pneumothorax quelques jours avant l'opération .

En réalité, la baronarcose, dont nous avons parlé il y a un instant, semble être le moyen le plus efficace pour éviter justement ces accidents de compression.

Quant à la suppuration, elle peut être évitée par une opération correcte, faite avec une technique et une asepsie parfaites, mais surtout par un choix judicieux des cas à opérer : *les kystes suppurés devant être avant tout absolument écartés.*

La plèvre et les parois pourront être ainsi sans crainte refermées. Il n'y aura pas nécessité de drainer (Pierre Duval).

2° *Critique de la réduction sans drainage.* — L'opéré oscille entre deux dangers : celui d'hémorragie et celui d'infection.

L'hémorragie est assez rare. Le meilleur moyen de l'éviter n'est pas de retirer l'air du kyste (Abadie), mais plutôt d'entretenir le pneumothorax opératoire, ou, si celui-ci n'a pas été créé, de le provoquer après fermeture de la paroi thoracique, selon la méthode d'Antonizzi. Le poumon, en se rétractant, maintient la poche affaissée.

Il faut aussi chercher à éviter l'infection postopératoire de la cavité, due à la pénétration d'air bronchique dans la poche du kyste infecté. On arrive à ce résultat : 1° par une bonne indication opératoire, qui permettra d'éviter l'opération en un temps des kystes suppurés ou douteux; 2° en fixant la cavité à la paroi : « Cette méthode, nous dit le Professeur Charrier, est une nécessité vitale et à conseiller en cas de doute sur le caractère d'asepsie durable et de l'évolution de

la cavité restante »; 3° ou encore par la méthode de Gerulanos, qui est un procédé ingénieux, pouvant se résumer ainsi :

On place un petit drain dont l'extrémité libre est fermée par une ligature, et dont l'autre extrémité est suturée aux lèvres de la cavité dans laquelle elle plonge. Toute communication entre cette cavité et le milieu ambiant est ainsi interrompue. Si la cavité se présente normale et les suites opératoires bonnes et apyrétiques, on vide cette cavité des liquides qui s'y accumulent, et l'on referme soigneusement autour de l'extrémité libre du drain. Dès le cinquième ou le sixième jour, on retire le drain. Si, par contre, la suppuration vient à s'installer, un drainage systématique est immédiatement appliqué.

Ainsi mis en garde et protégé des dangers ou éventualités défavorables, le chirurgien pourra à bon escient appliquer la méthode de la réduction sans drainage.

Deuxième méthode : Procédé en deux temps.

C'est le procédé de Lamas et Mondino, procédé très simple, le plus simple de tous : thoracotomie d'abord, pneumotomie ensuite. Le succès étant basé, comme toujours, sur le diagnostic exact de la localisation radiologique du kyste hydatique. *Nous ne saurions trop insister sur cet élément, qui prend ici d'autant plus d'importance que la petitesse de la brèche est à la base de ce traitement.*

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit au sujet de la détermination de la voie opératoire. Tout ce qui était vrai pour la méthode en un temps l'est, à plus forte raison, ici. Le chirurgien étudiera donc si le kyste doit être abordé par la voie antérieure ou postérieure du thorax ou, au contraire, par la voie axillaire, si le kyste est en contact avec la paroi latérale.

L'anesthésie ne présente rien de particulier.

Le malade, selon les données de la radioscopie, est placé

dans le décubitus dorsal ou latéral, dans la position du « jockey à cheval » de Lamas, ou en Trendelenburg (Constantini).

Premier temps. — Puisque la localisation est parfaite, l'incision sera faite petite et longitudinale. On résèque 6 à 8 centimètres d'une seule côte, et l'on arrive sur la plèvre; il n'y a pas d'adhérences : notre but est de les créer. Deux méthodes s'offrent à nous; ou bien inciser la plèvre pariétale sur 2 ou 3 centimètres et fermer la brèche avec une gaze stérilisée, ou encore appliquer des tampons iodés sur la plèvre costale, pour arriver au même résultat. La plaie étant tamponnée, on la laisse largement ouverte, et l'opération se termine avec le pansement. Elle a été de courte durée : huit à dix minutes, et peu douloureuse pour le malade.

On laisse le premier pansement dix à douze jours, pour obtenir des adhérences serrées et résistantes.

Deuxième temps. — Une radioscopie de contrôle est faite, qui va permettre de se rendre compte si le kyste est resté dans la même position, et quelle direction suivra l'aiguille exploratrice pour trouver ce kyste; manœuvre assez délicate, surtout si la cavité s'est déjà ouverte dans les bronches par vomique. Une fois mise en place, elle montre au bistouri le chemin qu'il doit parcourir pour la pneumotomie. On ouvre alors largement la poche, on extirpe toutes les membranes, on inspecte soigneusement la cavité, et l'on draine d'une façon systématique, *à l'encontre de ce qui se passe dans la méthode en un temps, où l'on réduit sans drainage*. Pas de formolage. La guérison, beaucoup plus rapide que pour les kystes du foie, a lieu de vingt jours à un ou deux mois. La mortalité oscille entre 6 à 8 p. 100 (Charrier et Charbonnel).

C'est donc une méthode simple, adoptée depuis longtemps des chirurgiens uruguayiens, qui comporte un pourcentage de mortalité bien moins élevé que celui des autres techniques. Elle paraît indispensable pour les cas suivants : petits kystes centraux à évolution inquiétante ou kystes suppurés.

Mais il arrive souvent, dans ces cas, que les conditions cliniques et opératoires sont complètement changées. On se

trouve, en effet, souvent, en présence de sujets amaigris, affaiblis et, très souvent, fébriles, chez qui la température tend à prendre une allure hectique, et qui vont devenir des suppurants chroniques. La technique opératoire va dès lors s'orienter vers une intervention rapide, peu mutilante, peu choquante. Il faut aller vite, ouvrir la plèvre, qui souvent est symphysée (ce qui simplifie les choses). Le bistouri va rapidement vers la poche, qu'il incise largement. On fait un nettoyage sérieux, et l'on procède par marsupialisation, méthode simple et rapide, méthode de choix dans ces cas de kystes suppurés, malgré qu'elle laisse souvent des fistules longues à se tarir. Obturer cette cavité infectée, serait faire courir au malade les plus graves dangers : il est donc prudent de fixer à la peau les kystes ainsi réduits. Le lavage de la cavité est à déconseiller, le liquide pouvant pénétrer par des bronches ouvertes à l'intérieur du poumon et causer ainsi des accidents graves.

Qu'il s'agisse de marsupialisation en un ou deux temps, de réduction avec ou sans drainage, nous ne saurions trop insister sur l'importance du repérage radioscopique du kyste, fait d'une façon soigneuse avant toute intervention.

S'il s'agit de la méthode en deux temps, cette localisation devient un élément capital, qui conduit à une intervention facile, malgré la voie d'accès étroite, si le repérage a été bien fait, et qui conduit, dans le cas contraire, à une opération hasardeuse, avec tous ses risques, toutes ses conséquences.

Adoptons une méthode en un temps, si le kyste est sain, cortical, la plèvre symphysée, et si le malade bénéficie d'un bon état général (réduction sans drainage).

Intervenons en deux temps *si l'on a le moindre doute sur le caractère d'asepsie de la cavité kystique* (marsupialisation ou drainage).

En face d'une suppuration thoracique et d'un malade qui, chaque jour, s'affaiblit, intervenons d'urgence en choisissant la méthode la plus directe, la plus simple, la moins choquante.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Observation I.

(Due à l'obligeance du Docteur Camelat.)

Kyste hydatique du poumon guéri à la suite d'une vomique spontanée et associé à un kyste hydatique du foie opéré et guéri.

S... (Th.), 45 ans, ménagère, Luxey.

Vient consulter, le 3 juin 1929, le Docteur C..., parce qu'elle souffre de l'estomac depuis quelques mois. Ces douleurs font penser à une dyspepsie avec hyperchlorhydrie. Elle a des nausées, mais pas de vomissements. Le type des douleurs n'est pas celui d'un ulcère en évolution. D'autre part, la malade accuse quelques signes fonctionnels discrets de bronchite chronique, avec un point de côté droit, qui fait penser à de la pleurite.

Dans les *antécédents*, rien à signaler.

L'*examen* de l'abdomen montre la présence d'un gros foie douloureux, sans signe d'insuffisance hépatique, en particulier d'urticaire. Par contre, l'examen de l'appareil pulmonaire se montre négatif : à peine constate-t-on la présence de quelques râles de bronchite aux deux bases, avec submatité d'un travers de main à droite.

La *radiographie*, qui a été faite et qui n'a porté que sur l'abdomen, et un Weinberg positif permettent de préciser le diagnostic de kyste hydatique du foie.

Le 28 janvier 1929, la malade fait, chez elle, une vomique abondante (quantité : un verre); elle rejette un liquide clair, en même temps que la membrane proligère d'un kyste hydatique. La malade

reprend son travail le lendemain; huit jours après, elle se fait opérer de son kyste hydatique.

Les *suites opératoires* sont excellentes.

Suites à distance. — La malade, revue trois ans après, jouit d'un bon état général et bénéficie d'une guérison totale et absolue.

Observation II.

(Due à l'obligeance du Docteur Camelat.)

Deux kystes hydatiques bilatéraux associés à un kyste du foie (opéré à deux reprises). — Opération par marsupialisation du kyste pulmonaire droit. — Suites longues et guérison. — Un kyste gauche ouvert dans les bronches (échinocoques dans les crachats) et non opéré (refus de la malade).

B... (A.), 43 ans, métayère, Luxey.

Vient à la consultation du Docteur C..., le 30 octobre 1934, parce qu'elle tousse et crache et qu'elle maigrit. A l'examen, on constate un mauvais général, un facies pâle et amaigri. La malade tousse et crache incessamment. En percutant le poumon en arrière, on trouve une zone de matité bilatérale siégeant dans la partie médiane, mais plus accentuée à droite. L'auscultation permet de déceler un léger souffle. Pas de râle, pas d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone.

Antécédents. — La malade a été opérée, le 15 octobre 1934, par M. le Professeur agrégé Darget, pour un kyste hydatique du foie. Depuis cette intervention, elle a continué à maigrir, et son état général n'a pas cessé de s'altérer. Le Docteur Labrit, de Mont-de-Marsan, l'examine et trouve :

1° *A la radioscopie :* Un kyste hydatique dans la région moyenne de chaque poumon. Celui du poumon droit semble plus volumineux, et paraît être postérieur, quand il est vu de profil.

Il semble distant de la paroi de 2 centimètres environ. Le kyste gauche, moins net de contours, est central et parahilaire.

2° *A la radiographie :* Il semble qu'il y ait une lame pulmonaire entre le kyste droit et la paroi latérale.

B... A..., 43 ans. Luxey.
Radiographie se rapportant à l'observation II.

B... A..., 43 ans. Luxey.
Radiographie se rapportant à l'observation II.

La malade rentre à l'hôpital de Mont-de-Marsan.

Opération le 10 novembre 1934 (Dr L...). — Après repérage du kyste du poumon droit et anesthésie locale à la butelline, on fait une thoracotomie, on découvre et l'on incise un kyste volumineux, d'où s'écoule un liquide clair. On fait une large ouverture, et l'on évacue tout le contenu de la poche. On pratique la résection de toute la partie supérieure du kyste. Marsupialisation. Drainage.

Suites. — Assez longues. La malade reste fatiguée par cette intervention. Pendant quelques jours, la température oscille entre 38° et 37°7. Guérison.

La malade, revue deux ans après, tousse et crache des vésicules proligères (contrôlées); son état général est sujet à des variations continuelles, avec chute et reprise de poids. Elle ne veut pas se faire opérer de son second kyste parahilaire, probablement ouvert dans les bronches.

Observation III.

(Due à l'obligeance du Docteur Camelat.)

Kyste hydatique du poumon droit. — Le diagnostic est fait à la suite d'une vomique qui se produit au cours d'une pneumopathie aiguë pendant laquelle on n'avait pas porté de diagnostic. — Marsupialisation en un temps. — Guérison.

B..., 28 ans, résinier, Villandraut.

Le 10 décembre 1927, le Docteur C... est appelé auprès de B.. parce que celui-ci souffre d'un violent point de côté thoracique.

Antécédents. — Fin octobre 1927, le malade a brusquement accusé à la base du poumon droit un point de côté très douloureux, pour lequel il a été pratiqué une ponction exploratrice et une révulsion énergique par vésicatoires (Dr Duffieux, de Villandraut).

A l'examen : Le malade se présente couvert de sueurs profuses, le pouls à 130, la température à 40 degrés. Il est très dyspnéique. Son faciès est pâle. La percussion et l'auscultation de son appareil pulmonaire ne révèlent rien de particulier.

Appareil digestif : Le foie, gros et sensible, descend de deux travers de doigt au-dessous des fausess côtes. Le signe de Murphy est positif, et le malade présente un teint légèrement subictérique. Il ne tousse ni ne crache.

Dans la nuit, le malade fait une vomique et rejette un liquide purulent abondant. L'auscultation, pratiquée à ce moment, révèle un souffle inconstant à la base du poumon droit; pas de râles.

Une *radiographie*, faite deux jours après, décèle « une poche hydro-aérique de très grosse dimension, reposant et pesant sur la coupole diaphragmatique, qu'elle a abaissé, affaissant et comprimant le foie » (Dr L..., Mont-de-Marsan).

Opération le 5 janvier 1929 (Dr L...). — La température subsiste, le pouls reste rapide., Après repérage soigneux du kyste et une anesthésie locale à la butelline, une thoracotomie est pratiquée, laquelle, après incsiion d'une bande de tissu pulmonaire intact, révèle une poche de grande dimension, qui contient une grande quantité de liquide purulent. La poche est extirpée. Réduction avec drainage.

Les *suites opératoires* sont bonnes. Le malade est peu choqué, le pouls est bien frappé. Peu à peu, les troubles hépatiques régressent pour disparaître. Guérison.

Observation IV.

(Due à l'obligeance du Docteur Camelat.)

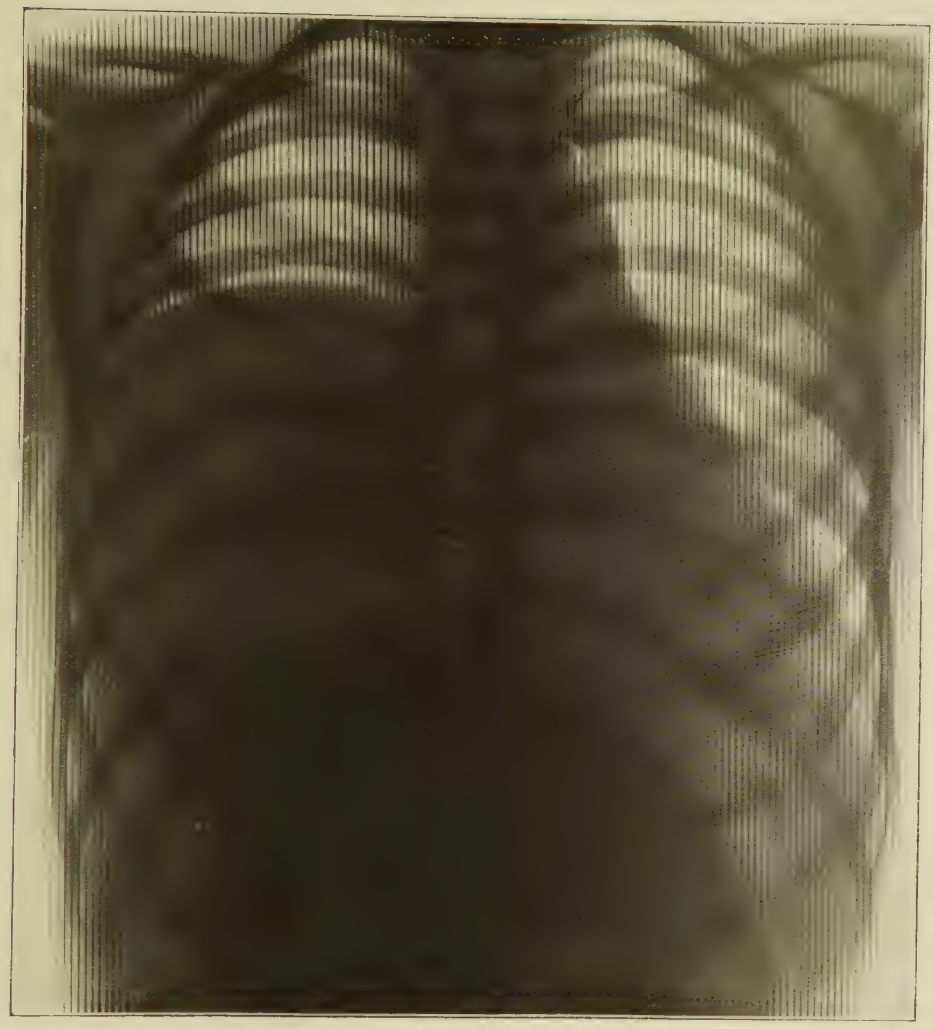
Deux kystes hydatiques : l'un, hépatique, décelé par la clinique, l'autre, pulmonaire, découvert par la radiographie. — Le kyste hépatique est d'abord opéré, puis le kyste pulmonaire, par réduction sans drainage. — Guérison.

L... (A.), 7 ans, Luxey.

Vient le 18 mars 1930, à la consultation du Docteur C... parce qu'il souffre de l'estomac et qu'il vomit après les repas.

Antécédents. — Le début de ces troubles remonte à deux ans, où le petit malade a commencé à souffrir de phénomènes d'oppression.

Peu après, s'installent des douleurs siégeant au creux épigastri-



A.... 11 ans. Luxey.
Radiographie se rapportant à l'observation IV.

que. Elles durent toute la journée, mais semblent plus vives après les repas. On note à ce moment-là des alternances de diarrhée et de constipation.

En 1929, surviennent des douleurs à type de brûlures, suivies de vomissements postprandiaux, et pour lesquels il a été donné à l'enfant des alcalins et un régime.

Examen. — L'attention se trouve attirée vers l'appareil digestif. On trouve, en effet, un foie augmenté de volume et douloureux, débordant de deux travers de doigt les fausses côtes; un point de Murphy positif, sans qu'on puisse toutefois mettre en évidence des signes d'insuffisance. Enfin, une voussure hépatique très nette, qui rend asymétrique la base du thorax de l'enfant. L'estomac est sensible au palper.

L'examen de l'appareil pulmonaire ne permet de déceler qu'une matité de la base du poumon droit sans souffle, ni râles, sans diminution du murmure vésiculaire. L'enfant ne tousse, ni ne crache. Pour les autres appareils, rien à signaler.

La *radiographie*, pratiquée par le Docteur L..., de Mont-de-Marsan, permet de mettre en évidence :

1° un kyste hydatique du lobe gauche du foie, lequel est augmenté de volume;

2° un kyste hydatique de la base du poumon droit, séparé du diaphragme par une lamelle de tissu pulmonaire simple.

Le Weinberg et le Casoni, pratiqués peu de temps après et positifs, permettent de poser le diagnostic de kyste hydatique double : l'un pulmonaire, l'autre hépatique.

Le 10 mai 1930, le petit malade est opéré de son kyste du foie.

Opération le 27 juin 1930 (Dr L...). — Après repérage soigneux du kyste pulmonaire et une anesthésie locale à la butelline, on pratique une thoracotomie. On tombe sur une plèvre symphysée qu'on incise, et l'on fait une extirpation partielle de la poche sous-jacente. Réduction sans drainage.

Les *suites opératoires* sont excellentes, la guérison survient sans complication.

Agé actuellement de 13 ans, l'enfant pratique, à La Teste, le métier de coiffeur.

Observation V.

(Due à l'obligeance du Docteur Camelat.)

Kyste hydatique pulmonaire diagnostiqué par vomique et guéri.

T... (J.), 25 ans, résinier et berger, Luxey.

Le Docteur C... est appelé, le 6 août 1929, auprès de J. T..., parce que celui-ci vient de rendre par la bouche un kyste complet avec membrane proligère.

Histoire de la maladie. — En décembre 1928, le malade, qui jusqu'alors était en bonne santé, a commencé à maigrir et à tousser. Son médecin avait pensé à ce moment à un syndrome de condensation du sommet du poumon droit et ordonné six mois de repos et une thérapeutique récalcifiante.

Le 9 mai 1929, le malade fait une hémoptysie de la valeur d'un verre. Vu le lendemain, il présente à l'auscultation une submatité au sommet du poumon droit avec augmentation des vibrations. Pas de souffle, ni de râles; pas de température.

A *l'examen*, pratiqué après cette vomique contrôlée, le malade présente à l'auscultation de son poumon les mêmes signes cliniques cités ci-dessus. Il est mis au repos pendant quelques jours, et reprend ensuite son travail. Revu deux ans après, il présente un état général parfait; son poids est redevenu normal et stable; il peut être considéré comme guéri.

Observation VI.

(Due à l'obligeance du Docteur Camelat.)

Kyste hydatique pulmonaire diagnostiqué par vomique. — Opération tardive (refus du malade). — Gangrène pulmonaire. — Exitus.

A... (M.), 24 ans, résinier, Luxey.

Le 17 avril 1934, le Docteur C... est appelé auprès de M. A..., parce que celui-ci vient de rejeter par la bouche du sang mélangé

à du liquide purulent, dans lequel on reconnaît des vésicules filles.

Histoire de la maladie. — Trois mois auparavant, en janvier 1934, le malade était déjà venu à la consultation parce que depuis quelque temps il maigrissait, il toussait et crachait. Les sibilances, les râles diffus dans tout l'arbre respiratoire, la toux et l'expectoration font faire le diagnostic d'une bronchite banale. Après une thérapeutique appropriée, une amélioration survient, mais la toux persiste au décubitus.

A *l'examen*, pratiqué le 17 mars 1934, le malade, qui est un peu dyspnéique, présente un teint terreux, un amaigrissement considérable, mais pas de température. L'auscultation permet de révéler un souffle au tiers moyen du poumon droit avec bruit de clapet et râles. Ces signes cliniques et un Weinberg positif permettent de poser le diagnostic de kyste hydatique du poumon.

Malgré le repos et les piqûres d'eucalyptine qui lui sont faites, le malade continue à rejeter des vésicules. Le 3 mai 1934, la température monte à 39 degrés. M. A... est agité, oppressé; l'haleine et l'expectoration sont très fétides. Malgré les insistances du Docteur, qui lui propose l'opération, le malade oppose un refus absolu.

Le 10 mai 1934, c'est-à-dire huit jours après, il est dirigé d'urgence sur l'Hôpital de Mont-de-Marsan, avec aggravation de symptômes : une température à 40 degrés, une expectoration très fétide et un souffle qui persiste au poumon droit.

Opération le 11 mai 1934 (Dr L...). — Après un repérage soigneux de la poche à la radioscopie et une anesthésie locale à la butelline, une thoracotomie est faite, qui met à jour une poche de grande dimension au tiers moyen du poumon droit. Un gros drain est mis au point déclive : fermeture partielle.

Suites. — Malgré les piqûres d'eucalyptine et d'uroformine, le pouls reste rapide, la température élevée, l'état général empire d'heure en heure. Exitus quatre jours après, avec comme diagnostic : gangrène pulmonaire.

Observation VII.

(Due à l'obligeance du Docteur Camelat.)

Kyste hydatique pulmonaire révélé par la radiographie après erreurs de diagnostic. — Opération en un temps. — Réduction avec drainage. — Guérison.

L... (A.), 11 ans, Luxey.

Vient, le 8 juillet 1932, à la consultation du Docteur C... parce qu'elle respire difficilement, qu'elle tousse et crache.

Histoire de la maladie. — Il s'agit d'une fillette chétive et amaigrie qui, depuis longtemps, est vue régulièrement par son médecin et traitée pour une toux sans signe de bronchite.

Au mois de mai 1932, un gros œdème axillaire apparaît, œdème dur, non douloureux, qui empêche son bras de retomber, mais qui régresse au repos et, peu à peu, à une médication récalcifiante.

Examen le 8 juillet 1932. — La malade se présente en pleine crise d'asthme dyspnéique et cyanosée. L'examen de son thorax permet de mettre en évidence une voussure médiane qui projette le sternum sur le côté droit, un œdème marqué et une circulation collatérale. L'auscultation ne révèle rien de particulier, si ce n'est une diminution du murmure vésiculaire à gauche. Le diagnostic porté est celui de sarcome possible.

La radiographie, faite dix jours après, permet de découvrir un kyste volumineux et médian du poumon gauche. Le Weinberg pratiqué se montre positif.

Opération le 24 juillet 1932 (Dr L..., Mont-de-Marsan). — Après un repérage soigneux du kyste et une anesthésie locale à la butelline, on fait une thoracotomie. On tombe sur une plèvre symphysée, qu'on incise. On découvre une poche volumineuse, dont on extirpe la membrane sans difficulté. Réduction avec drainage.

Les suites sont bonnes. La malade se rétablit peu à peu. Elle est revue, le 10 octobre 1936, en santé parfaite et en augmentation de poids.

Observation VIII.

(Due à l'obligeance du Docteur Camelat.)

Kyste hydatique pulmonaire diagnostiqué par vomique. — Guérison.

B... (J.), 60 ans, résinier, Luxey.

Le 30 juillet 1935, le Docteur C... est appelé auprès du malade parce que celui-ci a rejeté par la bouche un liquide clair mélangé à des vésicules filles. La vomique, abondante, est de la valeur d'un verre.

Antécédents. — Il s'agit d'un emphysémateux atteint depuis longtemps d'embonpoint et qui, depuis cinq mois, tousse et crache. L'auscultation révélait à ce moment-là des signes d'emphysème. Une médication calmante lui fut ordonnée.

En avril 1935, le malade, grippé, est obligé de s'aliter pendant dix jours. Il continue à tousser et à cracher depuis cette grippe.

A l'examen, le 30 juillet 1935 : Le malade, qui vient de faire une vomique, ne présente à l'auscultation que de légers signes de bronchite et un souffle léger et inconstant à la base du poumon droit. Il est mis au repos au lit.

Suites. — B... reste alité huit jours, au bout desquels il reprend son travail. La toux persiste quelques mois, ainsi qu'un bruit de clapet, pour disparaître par la suite.

Revu le 3 octobre 1936, son état général est bon et l'auscultation se révèle négative. Guérison.

Observation IX.

(Due à l'obligeance du Docteur Dubourg.)

Kyste hydatique pulmonaire diagnostiqué par la radiographie seulement. — Erreur de diagnostic (♀ pulmonaire). — Opération en deux temps. — Fermeture avec drainage. — Guérison rapide.

Entre, le 1er juillet 1935, à l'Hôpital Saint-André parce qu'elle souffre de la base de l'hémithorax gauche.

Le *début de sa maladie* remonte à deux ans environ et était marqué par des crises répétées de bronchite avec toux et expectoration spumeuse, sans température, mais s'accompagnant d'une altération légère de l'état général avec deux petites hémoptysies s'étant produites dans le cours de l'année précédente. Tous ces troubles avaient fait porter à différentes reprises, par différents médecins, le diagnostic de ♀ pulmonaire. Greffés sur cette histoire pulmonaire, des troubles digestifs avaient déjà amené la malade à Saint-André en novembre 1934. Elle avait été soignée pour un ictère par rétention avec selle mastic, urine acajou et état subfébrile. En outre, elle ressentait des douleurs en demi-ceinture à partir de son hypocondre droit, sans vomissements. Son état général avait décliné et elle aurait maigri rapidement à ce moment de 7 kilos.

L'examen ne fait mettre en évidence qu'un gros foie douloureux. Un régime et quelques antiseptiques biliaires suffirent à amener une guérison rapide, puisque la malade quitte l'hôpital guérie après un séjour d'un mois.

Antécédents. — Rien à signaler.

Examen le 2 juillet 1935. — Etat général satisfaisant. La température reste entre 36°5 et 37°2, le pouls est à 80. A l'examen du thorax, on ne trouve rien d'anormal : pas d'immobilité au bas du thorax gauche. Pas de voussures. Pas d'élargissement visible des espaces intercostaux. On trouve une submatité en arrière à la base gauche sur un travers de main environ. Pas de modification, de vibrations à ce niveau. A l'auscultation, sur la même zone, on note une disparition à peu près complète du murmure vésiculaire. Pas de râles, de frottements, un peu de pectoriloquie aphone; pas d'égophonie, ni de bronchophonie.

A noter que, quatre jours après son entrée à l'hôpital, la malade fait une hémoptysie assez importante.

L'examen des autres appareils se révèle négatif, en particulier l'appareil digestif paraît sain et toutes les recherches chimiques ou radiologiques que l'on fait au niveau du foie ne montrent aucune tumeur, aucune augmentation de volume.

Les examens de laboratoire sont négatifs : examen de crachat,

L... M..., 18 ans. Bordeaux.
Radiographie se rapportant à l'observation IX.

L... M.... 18 ans. Bordeaux.
Radiographie se rapportant à l'observation IX.

Weinberg, Casoni, éosinophilie. Mais la radiographie s'est révélée positive.

En résumé :

1° Jeune fille considérée pendant plusieurs mois comme une tuberculeuse pulmonaire;

2° Mise en évidence, par la radiographie, d'un kyste hydatique d'un poumon;

3° Malgré une histoire d'ictère net par rétention, on ne peut faire la preuve d'une évolution simultanée d'un kyste hydatique du foie.

Protocole opératoire. (le 5 août 1935). — Après repérage soigneux à la radioscopie du kyste hydatique du poumon et une anesthésie locale à la butelline, on fait une résection sur la ligne axillaire postérieure de la VI[e] et de la VII[e] côte sur 7 centimètres chacune. Résection entre deux ligatures des muscles du paquet intercostal intermédiaire à ces deux segments. Constatation d'une plèvre libre que l'on se propose de symphyser par iodage et mise en place d'une mèche iodoformée. Un fil métallique circulaire est placé sous la peau comme repère. Huit jours après, on constate, grâce à ce repère, que sous l'infuence de cette thoracoplastie partielle, le kyste est légèrement repoussé vers le médiastin.

Réintervention le dixième jour. On incise la plèvre et le poumon, à l'aide du bistouri électrique, sur la partie la plus interne de la zone symphysée, avec comme guide un trocart qui, après trois essais infructueux, a enfin pénétré dans la cavité kystique (aspiration d'un liquide eau de roche). On pénètre dans la poche. On extirpe facilement la membrane proligère. On badigeonne avec une compresse montée les parois de la cavité résiduelle (formol au 1/20). Un petit accès de toux s'ensuit. Suture de la plèvre et du poumon en laissant un petit drain très fin, qui sera enlevé 48 heures après. Suture de la peau.

Les *suites* sont simples. La malade sort guérie, sans fistule, un mois après la dernière intervention. Suites actuelles : bonnes.

Observation X.

(Due à l'obligeance du Docteur Magendie.)

Double kyste hydatique infecté d'un poumon communicant, diagnostiqué par la radiographie après des erreurs de diagnostic (adénopathie trachéo-bronchique et pleurésie). — Marsupialisation en un temps (plèvre symphysée). — Guérison.

A... (Ch.), 8 ans, Tardets.

Il s'agit d'un enfant chétif qui, depuis deux ou trois ans, présente, en même temps qu'une gêne de la respiration, une température légère. En avril dernier, il a présenté une crise d'étouffement avec fièvre et amaigrissement. Le Docteur Jauréguy, de Pau, diagnostique une adénopathie trachéo-bronchique. Le 10 juillet 1936, le malade ressent une violente douleur dans l'hypocondre gauche et dans le ventre avec dyspnée extrême, pâleur, fièvre. Le Docteur Constantin, de Pau, appelé, pense à une pleurésie gauche, ponctionne, et retire un liquide eau de roche. Un laboratoire de Bayonne répond : « Kyste hydatique. » Le malade, à ce moment, n'avait pas de température.

Il entre à l'Hôpital de Pau le 30 juillet 1936.

Le Docteur Penaud, qui l'examine à ce moment, fait une deuxième ponction, et retire aussi un liquide eau de roche, lequel, envoyé aux Laboratoires Bonnard et Servantie, à Bordeaux, permet d'affirmer le diagnostic de kyste hydatique.

Après la ponction, le malade fait une grande vomique. Pendant trois heures, il tousse et crache, par le nez et la bouche, un liquide clair. Le lendemain, deuxième vomique, moins abondante toutefois. Le mercredi (cinquième jour), troisième vomique : à cette occasion, l'enfant fait sa première poussée fébrile à 39°5 et expectore des crachats muco-purulents. Depuis, il crache et tousse et fait des clochers de température. Il est dyspnéique et pâle.

Dans les antécédents, nous notons, à l'âge de 2 ans, un point de côté violent à gauche qui n'est pas suivi d'expectoration et qui a duré huit jours. Il aurait été posé à cette occasion le diagnostic de pleurésie.

A... Ch..., 8 ans. Tardets.
Radiographie se rapportant à l'observation X

A son entrée à l'hôpital, le 30 juillet 1936 : L'enfant se présente très amaigri, chétif et dyspnéique. L'examen du thorax ne révèle rien de particulier. La percussion permet de mettre en évidence une matité à la base du poumon droit; pas de souffle ni de râles, pas de pectoriloquie aphone, pas d'égophonie. Une nouvelle ponction permet de retirer 250 cm³ de liquide jaunâtre d'aspect purulent.

A la radioscopie : On aperçoit une ombre plissée qui se déplace dans l'inclinaison du malade et qui forme, comme un niveau au bas d'une poche claire. Au-dessous, opacité diffuse.

La *radiographie* montre l'image d'un volumineux kyste au bas duquel on devine une ombre légère et qui doit être la membrane flaccide que l'on voyait se déplacer à la radioscopie. Au-dessous, autre opacité avec niveau liquidien, occupant le sinus costo-diaphragmatique. On pense à un épanchement réactionnel. Au cours d'une reprise des accidents fébriles, une nouvelle ponction est faite le 16 août 1936 : on retire 250 cm³ de liquide jaunâtre louche. La température tombe lentement.

Opération le 19 août 1936 (Dr Magendie). — Après une anesthésie locale à la butelline au 1/400 et un repérage soigneux du kyste, on sectionne la IXe côte, qui se trouve en face de la base du kyste, d'après la radiographie. On trouve une plèvre symphysée, épaisse de 2 à 3 centimètres. On incise : de nombreux gaz s'échappent ainsi qu'une petite quantité de liquide louche. On aperçoit une membrane hydatique. L'incision étant agrandie, on enlève cette membrane encore accolée et on l'extirpe. A la partie supérieure, on aperçoit à ce moment-là un orifice de 1 centimètre qui souffle. On se rend compte, au bout d'un moment, qu'il ne s'agit pas d'un orifice bronchique, mais d'un deuxième kyste beaucoup plus volumineux que le premier, contenant une membrane flaccide, celle vue à la radiographie. On agrandit l'orifice et l'on tombe sur une deuxième membrane, qu'on enlève facilement. Formolage discret au formol à 10 p. 100 qui provoque une suffocation de quelques secondes. On place un gros drain dans la partie la plus déclive. Fermeture partielle en deux plans.

Suites. — Pas de choc, mais un peu de pâleur. Le pouls est excellent. La température se maintient aux environs de 37°6-37°7. Le malade se lève les jours suivants. Pas de fièvre; à l'ablation des points, le huitième jour, la plaie se désunit; on fait un contre-drainage au point déclive et on désinfecte la plaie pour une fermeture secondaire.

La suture secondaire est faite huit à dix jours après et le malade est exéaté de la clinique au bout de quinze jours.

Le convalescent, revu depuis, a repris du poids, son état général est redevenu excellent.

Observation XI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Papin et M. le Docteur Callen.)

Kyste hydatique pulmonaire infecté d'emblée, diagnostiqué par le laboratoire (crochet d'échinocoque). — Opération en deux temps : thoracotomie, puis thoracoplastie. — Guérison.

L... (H.), 48 ans, métayère à Sore (Landes).

Est envoyée au Docteur Papin, par les Docteurs Callen et Piéchaud, pour suppuration pulmonaire.

Le *début de la maladie* remonte au 16 novembre 1928. La malade, qui a eu à deux reprises des hémoptysies importantes, une en 1927 et l'autre début 1928, fait appeler le Docteur C... parce qu'elle souffre d'un violent point de côté thoracique et qu'elle est très dyspnéique. A l'examen, l'auscultation révèle un souffle dans la région moyenne du poumon droit avec de nombreux râles. Le diagnostic porté est celui de pneumonie du lobe médian du poumon droit.

Le 23 novembre 1928, la malade, qui, jusqu'à présent n'avait ni craché, ni toussé, expectore subitement des crachats jaune verdâtre, mêlés de stries sanguinolentes d'odeur infecte.

M. le Professeur Piéchaud, appelé en consultation, pense à un début de gangrène pulmonaire. Une analyse de crachats, faite à Bordeaux par les Laboratoires Bonnard et Servantie, révèle un

crochet d'échinocoque. Le diagnostic porté est celui de kyste hydatique infecté du poumon droit.

La malade rentre à la Clinique Pasteur, où elle est opérée le 7 décembre 1928.

Auparavant, une radioscopie pratiquée sur une malade très fatiguée montre dans « le poumon droit, une poche hydro-aérique de contours imprécis en position couchée, mais de limites arrondies très nettes avec niveau liquidien en position debout » (1).

Opération le 7 décembre 1928 (Prof. Papin). — Anesthésie locale à la butelline. Résection costale dans la région axillaire. Après ouverture du thorax, on découvre et l'on incise une énorme poche d'où s'échappent du pus horriblement fétide et des fausses membranes sphacélées. Marsupialisation et drainage. Une amélioration considérable se produit, mais dans le fond de la cavité pulmonaire volumineuse il existe une fistule bronchique qui semble ne pas se rétracter.

Deuxième intervention fin janvier 1929. — Thoracoplastie.

Résection costale large. La fistule bronchique est isolée et détruite au thermocautère. Dans le lambeau thoracique relevé, on isole un lambeau musculaire pariétal, qui est appliqué hermétiquement sur la fistule bronchique à l'aide de points au catgut (1).

La cicatrisation se fait progressivement. En avril 1929, la malade repart chez elle. Une fistule subsiste, qui se ferme complètement en 1929. Reprise de poids. Guérison.

Observation XII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Papin.)

Kyste hydatique révélé par la radiographie après deux erreurs de diagnostic (insuffisance hépatique et bacillose). — Opération en deux temps. — Guérison.

M. X... a présenté depuis plusieurs années de grosses hémoptysies. Mais il vient consulter principalement pour des douleurs

(1) Félix Papin, Les fistules bronchiques externes après opération pour kyste hydatique du poumon. *Bordeaux chirurgical*, avril 1930, n° 1.

hépatiques qu'on lui dit provenir surtout de calculs de la vésicule biliaire. Les hémoptysies ont, en effet, été considérées comme dues à de la tuberculose pulmonaire et le malade est soigné dans ce sens depuis plusieurs années.

L'examen de la région hépatique fait constater, en effet, un foie un peu volumineux; mais on ne relève pas de symptômes nets de lithiase vésiculaire. Les radiographies qui ont été faites à cet égard sont d'ailleurs absolument négatives.

On est frappé, par contre, par l'état général relativement très satisfaisant de cet homme, et qui ne semble pas du tout en rapport avec l'hypothèse de bacillose pulmonaire. Comme il habite les Landes et que la légère hépatomégalie qu'il présente suggère la possibilité d'un kyste hydatique, on se demande si les hémoptysies ne seraient pas dues à un kyste hydatique pulmonaire et l'on réclame des radiographies à cet effet.

Les radiographies montrent dans le poumon droit l'image parfaitement régulière et caractéristique d'un gros kyste hydatique. Dans ces conditions, l'opération est décidée. Le kyste hydatique apparaît assez profond, éloigné de la plèvre, et il est probable qu'il faudra intervenir en deux temps.

Première opération. — Sous anesthésie générale, résection large de trois côtes au niveau de l'hémithorax droit sur la ligne axillaire moyenne. Quand on est arrivé à la plèvre, on constate que celle-ci n'est pas symphysée et l'on se garde donc de l'ouvrir. On fait un badigeonnage à la teinture d'iode et un tamponnement de la plaie opératoire pour provoquer des adhérences pleurales.

Suites opératoires. — Normales.

Deuxième opération. — Au bout de dix jours, celle-ci est faite sous anesthésie locale. On commence par un contrôle radioscopique immédiat à côté de la salle d'opération pour vérifier si la brèche costale pratiquée correspond bien au kyste hydatique. Cette vérification apprend qu'il faut chercher le kyste un peu obliquement par rapport à la brèche déjà faite. Immédiatement, dans la salle d'opération, on incise au thermocautère le parenchyme pulmonaire

dans la direction indiquée. On ouvre bientôt une grosse cavité, d'où sortent de nombreuses vésicules et du liquide clair. Marsupialisation et méchage.

Les *suites opératoires* ont été régulières. La cavité s'est progressivement comblée en plusieurs semaines et a guéri sans fistule.

Le malade, revu l'année suivante, est en excellent état et n'a plus présenté d'hémoptysie.

CONCLUSION

I. — Il est classique d'indiquer que dans le Sud-Ouest les kystes hydatiques se rencontrent surtout dans les Landes. Onze sur douze des observations inédites que nous rapportons concernent des Landais.

Nous avons remarqué qu'une partie seulement de cette région landaise paraît infestée; nous voulons parler de la grand'lande, comprenant de petits centres tels que Sore, Luxey, Labrit, Mano.

II. — La pénétration du parasite jusqu'au niveau du poumon peut être secondaire et, dans ces conditions, la localisation initiale se trouve, le plus souvent, au niveau du foie. Cette fixation du parasite peut être primitive et, dans ces conditions, la voie sanguine et même embolique est presque exclusivement suivie. (Embolie du parasite venant du cœur droit [Devé].) Le parasite peut aussi suivre la voie aérienne. Devé et certains auteurs australiens l'ont recherchée expérimentalement. Pratiquement, cette voie est discutable; cependant, il est des cas d'ensemencement d'un poumon à l'autre.

III. — Le diagnostic de ces kystes n'est souvent fait qu'après la vomique; il n'est aucun signe, pas même les hémoptysies, pourtant fréquentes, qui soient pathognomo-

niques. Seule la radiographie, si on pense à la faire pratiquer, peut, par l'image arrondie qu'elle donne, permettre un diagnostic précoce. La guérison spontanée, après vomique, est, comme l'a dit Devé, plus fréquente que certains auteurs le prétendent. A l'appui de cette opinion, nous rapportons 3 cas sur 12 observations. Cette guérison, qui est fonction d'un drainage bronchique spontané large, survient surtout dans des cas de kystes centraux parahilaires.

IV. — Il est donc indiqué d'opérer sans attendre les kystes corticaux et de temporiser pour les kystes centraux et parahilaires pour lesquels la guérison spontanée est possible. Mais il faudra se décider à opérer les kystes infectés quels qu'ils soient sans trop attendre les méfaits de ces suppurations trop prolongées.

L'opération en un temps est indiquée dans tous les cas où la plèvre est symphysée. Dans les cas où la plèvre est libre, il nous paraît prudent d'opérer en deux temps, les inconvénients du pneumothorax étant certains, sauf dans des cas de kystes corticaux bien repérés et absolument aseptiques. La réduction sans drainage présente quelques dangers d'hémorragie et d'infection; aussi ne sera-t-elle adoptée que pour des cas absolument aseptiques : il sera prudent de la compléter par une fixation de la paroi de la cavité résiduelle.

Dans les autres cas d'infection, la marsupialisation s'impose.

Voici les résultats tirés de notre statistique personnelle.

Sur 12 observations de malades :

2 (obs. IX et VII) ont subi une opération en deux temps, avec marsupialisation;

3 (obs. II, X et XI) ont été opérés en un temps;

1 (obs. IV) opéré en un temps. Réduction sans drainage.

3 (obs. III, VI, VII) ont subi une réduction avec drainage.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
P. BEGOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 décembre 1936.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Devé (F.). — Indications de l'abstention opératoire dans le traitement des kystes hydatiques du poumon. *Arch. médico-chir. de l'app. resp.*, Paris, 1926, t. I, p. 141-156.

— *Art médical*, 1926, n° 35, p. 29.

— Kyste hydatique du poumon. *Rev. médico-vétérinaire. Chauffard*, 1925, et *Rev. de chir.*, févr. 1925.

Moggi. — Les kystes hydatiques du poumon. *Algérie médicale*, mai 1928.

Constantini et Curtillet. — Etude anatomo-clinique et thérapeutique du kyste hydatique du poumon. *Rev. de chir.*, 1935, avril, n° IV.

Douglas Fairley. — *The med. journ. of Australia*, 1922, in *Journ. de chir.*, t. XX, 1922, p. 638.

Abadie (J.). — Dix cas de kyste hydatique du poumon. Soc. nat. de chir., séance du 28 janv. 1931.

Charrier (A.) et Charbonnel (M.). — Tactique opératoire des affections de la plèvre et du poumon, 1936.

Botreau-Roussel. — Deux cas d'échinococcose secondaire bronchogène du poumon. Soc. nat. de chir., séance du 17 juin 1931.

Braine (J.). — Soc. nat. de chir., 25 oct. 1933.

Afanassoff. — Contribution à l'étude du diagnostic radiologique et du traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon. Thèse Lyon, 1930-1931.

Anvar Hanania. — Sur les indications et le traitement des kystes hydatiques du poumon. Thèse Paris, 1935.

Vidal. — *Arch. de la Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier*. Séance du 20 juin 1930.

SERGENT, BAUMGARTNER et BENDA. — *Journ. de méd. et de chir prat.*, janv. 1927.

SERGENT. — Quelques remarques sur le diagnostic des kystes hydatiques de la plèvre et du poumon avant la vomique. *Monde médical*, 1er oct. 1922.

DUJARIER. — *Soc. nat. de chir.*, 1926.

DUVERGER (Prof.). — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1913.

GABRIELLE (H.) et PAITRE. — *Lyon chirurgical*, 17 nov. 1917.

ABADIE (J.), — Soc. nat. de chir., févr. 1931.

ROGER, VIDAL et TEISSIER. — Nouveau traité de médecine, fasc. XI, p. 650-652.

LEMAIRE (M.). — *Algérie médicale*, 1934.

PRAT (D.). — Quisto hydatico : La vomica hydàtica curativa. *Ann. de la Faculté de méd. de Montevideo*, févr. 1925.

— *Arch. médico-légales de l'appar. resp.*, t. I, n° 2, avril 1926.

JARRY. — *Arch. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, 1929.

VIDAL. — *Arch. de la Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*. Séance de 20 juin 1930.

ESCUDERO. — Kyste hydatique du poumon, Paris. Steinheil, 1912, p. 195.

TUFFIER. — Etat actuel de la chirurgie intrathoracique, Paris, Masson, 1914, p. 79.

BLANCO ACEVEIDO. — *La presse médicale*, 22 oct. 1921, p. 845.

DEVÉ. — Soc. de chir., 19 oct. 1907.

RAYMOND et GRÉGOIRE. — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1932, p. 313, t. I.

19.968. — Bordeaux. Imprimerie Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1936.